

Psychiatric Times

TDAH y trastorno por abuso de sustancias (TAS): evidencia actual y consideraciones terapéuticas

Chardée A. Galán, MS, y Kathryn L. Humphreys, PhD, EdM

Chardée Galán es alumna de grado del programa conjunto de PhD sobre psicología clínica y evolutiva de la Universidad de Pittsburgh. La Dra. Humphreys es becaria del postdoctorado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Stanford.

La presencia de comorbilidades suele ser la regla más que la excepción en las personas con TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Reviste particular preocupación el consumo de sustancias psicoactivas, siendo las principales el alcohol, el cannabis, la cocaína y la nicotina. El consumo abusivo de sustancias complica mucho la presentación clínica del paciente, dificultando, incluso para los profesionales más experimentados, el correcto diagnóstico, pronóstico y tratamiento del TDAH.

Vínculo entre TDAH y los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas

Los niños con TDAH corren un mayor riesgo de desarrollar trastorno por consumo de alcohol más adelante en la vida, y tienen más del doble de posibilidades de padecer de dependencia a la nicotina, o de abuso o dependencia a marihuana o cocaína (**Figura**). Alrededor del 15% de los adolescentes y los adultos jóvenes con TDAH tienen un trastorno por abuso de

sustancias (TAS), mientras que un 11% de los individuos con TAS también cumplen con los criterios de TDAH¹. Los hallazgos indican que la superposición entre ambos trastornos no es aleatoria, habiéndose propuesto diversas explicaciones de tal vinculación.

El TDAH y el TAS han sido descritos como trastornos de la desinhibición, lo cual sugiere una vulnerabilidad subyacente que es común a ambas dolencias. En forma alternativa, algunos rasgos del TDAH, como la impulsividad,

IMPORTANCIA PARA LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA

Dado el alto grado de concomitancia entre TDAH y TAS, debe tenerse mucho cuidado a la hora de evaluar estos trastornos. El psiquiatra deberá considerar si la medicación con estimulantes es adecuada como intervención farmacológica de primera línea, conjuntamente con la intervención psicosocial.

- El TDAH y los trastornos por abuso de sustancias suelen cursar en forma simultánea en adolescentes y adultos.
- El consumo de sustancias puede alterar la presentación y evaluación de los síntomas de TDAH.
- Dado su elevado potencial de abuso, los estimulantes empleados en el tratamiento de TDAH merecen un manejo cauteloso, y deben ser monitoreados en los pacientes con antecedentes de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

pueden aumentar el riesgo de caer en el abuso de sustancias. De hecho, comparados con los que no padecen el trastorno, los niños con TDAH son mucho más proclives a probar toda una serie de sustancias a lo largo su vida (**ver Figura**).

No es del todo claro el mecanismo que subyace al mayor riesgo de TAS entre quienes tienen antecedentes o bien un diagnóstico actual de TDAH. El TDAH persistente, que puede ser un marcador de una mayor vulnerabilidad y/o de un menor acceso o capacidad de respuesta a las intervenciones con fines terapéuticos, se asocia con índices mucho más elevados de TAS². El alto grado de concomitancia entre TDAH y TAS amerita especial consideración.

Problemas para identificar un posible TAS

La evaluación del TDAH exige la capacidad de distinguir entre este trastorno y otros que presentan una significativa superposición sintomática. Entre los individuos que padecen abuso de sustancias psicoactivas, es fun-

damental establecer una diferencia entre un diagnóstico válido de TDAH, por un lado, y por otro, un deterioro inducido por sustancias psicoactivas que pueden afectar la atención, la concentración y la impulsividad. Muchas sustancias de este tipo producen efectos agudos que pueden imitar los síntomas de TDAH: tal es el caso del consumo crónico de marihuana, que se ha asociado con déficits en la capacidad de resolver problemas, la organización y la atención sostenida, los cuales pueden seguir presentes incluso después de tres semanas de abstinencia. Por este motivo, quizás el profesional deba priorizar el tratamiento del consumo de sustancias, y reevaluar al paciente para descartar TDAH tras un período prolongado de abstinencia.

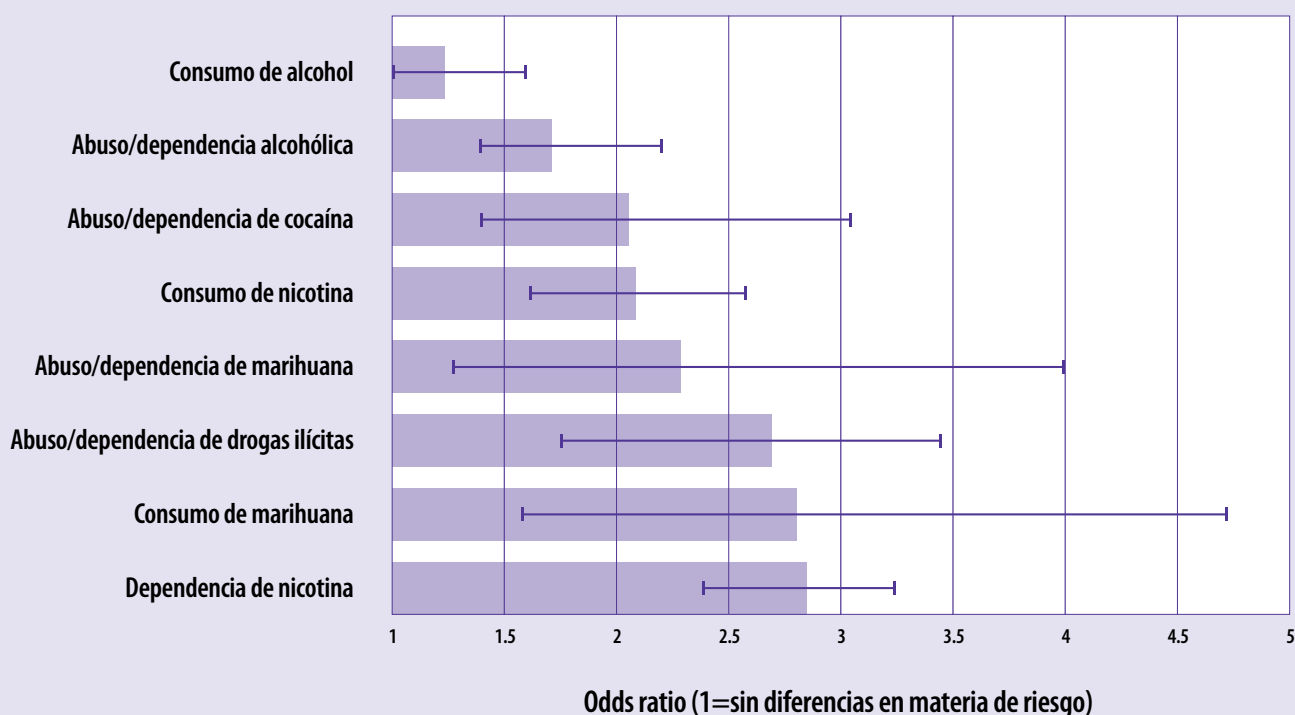
Desafortunadamente, este abordaje a veces no es factible, en particular entre pacientes que presentan síntomas de TDAH significativos y no tratados, los cuales pueden impedir su capacidad de encarar con éxito un tratamiento de TAS. Por consiguiente, una evaluación exhaustiva de los síntomas de TDAH durante instancias anteriores de abstinencia tal vez sea la mejor estrategia a la hora de evaluar TAS

y TDAH concurrentes: en tal caso, deberá prestarse atención a si los síntomas de TDAH antecedieron la aparición del consumo de sustancias. Si bien esta es una recomendación razonable, tal abordaje reviste sus desafíos, pues exige que los pacientes recuerden la aparición y severidad de su sintomatología inicial. Esto puede ser especialmente difícil para los pacientes con TDAH y TAS concomitantes, ya que ambas dolencias están asociadas con déficits neurocognitivos.

Es recomendable obtener información paralela de manos de padres y docentes, además de informes médicos y evaluaciones psicológicas, a fin de dilucidar cómo era el funcionamiento del paciente durante su infancia. Si bien no siempre es posible acceder a dicha información entre adultos con posible TDAH, estos datos pueden servir para determinar si los síntomas de TDAH estuvieron presentes en la niñez, y para diferenciar una sintomatología de TDAH primaria de una inducida por sustancias psicoactivas.

Si bien es poco común, la simulación de síntomas clínicos, o *malingering*, merece la debida

FIGURA. Odds ratio estimado de aparición de consumo de sustancias y abuso/dependencia en niños con TDAH



Nota: estimación de 1 = no hay diferencia en materia de riesgo entre los niños con y sin antecedentes de TDAH. Un valor superior indica una alta probabilidad de aparición de consumo de sustancias o de abuso/dependencia para quienes tienen un diagnóstico de TDAH. Las barras de error representan el intervalo de confianza, del 95%. Valores obtenidos de Lee et al., ClinPsychol Rev. 20116.

atención en cualquier evaluación diagnóstica de TDAH y TAS concomitantes, ya que una opción terapéutica para el TDAH es el uso de estimulantes.

El metilfenidato y las sales de anfetamina tienen un alto potencial de abuso, y pueden producir una sensación de euforia similar a la provocada por los estimulantes ilícitos del SNC, tales como la cocaína. Es así como algunos pacientes con TAS pueden inclinarse por simular TDAH con el fin de poder obtener este tipo de fármacos.

A través de Internet es muy fácil acceder a información respecto de la conducta característica del TDAH, lo cual permite que quienes buscan estimulantes para fines no médicos estén debidamente “preparados” ante una evaluación con fines diagnósticos. Por desgracia, las evaluaciones neuropsicológicas, que a menudo se emplean junto al relato del paciente para determinar el diagnóstico de TDAH, son poco sensibles a la detección de síntomas simulados. Por eso, se recomienda incorporar puntajes del funcionamiento del paciente a partir de otras fuentes, debiendo prestarse especial atención a las instancias en las que el paciente refiere muchos más síntomas que sus familiares o los profesionales médicos a cargo.

Tratamiento

A muchos padres les preocupa que la terapia con estimulantes produzca efectos iatrogénicos en sus hijos, aumentando su susceptibilidad a caer en el consumo de drogas. En forma inversa, algunos cuidadores, ansiosos por ver una respuesta rápida a la medicación, pueden querer optar por los estimulantes como tratamiento de primera línea, incluso en niños en los que la intervención farmacológica se profile recién como una opción posterior a la conductual (p. ej., la formación parental). Los padres claramente quieren lo mejor para sus hijos, y tanto los psiquiatras como los demás profesionales de la salud deben tener las herramientas para brindar apoyo basado en la evidencia a la hora de recomendar un tratamiento de TDAH en el marco de un posible riesgo de aparición posterior de TAS.

Es escasa la evidencia disponible respecto de la hipótesis de sensibilización, según la cual el consumo de fármacos estimulantes aumenta el riesgo de TAS más adelante. Los hallazgos arrojados por un metaanálisis indican que el consumo de esta medicación como terapéutica del TDAH infantil no aumenta ni previene el

riesgo de aparición de TAS en instancias posteriores³.

Las guías de tratamiento de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (la Academia estadounidense de psiquiatría infantil y adolescente) incluyen la psicoeducación respecto de las opciones terapéuticas disponibles y la probable evolución de la sintomatología, e incorporan el apoyo escolar y el uso de medicación aprobada por la FDA en el caso de que se opte por la intervención farmacológica. Las decisiones terapéuticas deben tomarse en conjunto con el paciente y su familia. Debe sopesarse la relación riesgo-beneficio de un estimulante en particular, así como sus efectos adversos (p. ej., perturbaciones del sueño, pérdida del apetito y retraso del crecimiento); además, debe suministrarse información sobre la opción que brinda la terapia con estimulantes, que permite “descansos” de la droga durante los fines de semana y los recessos escolares.

La evidencia de la eficacia de los medicamentos estimulantes como reductores de los síntomas de TDAH y el abuso concomitante de sustancias en adultos no es concluyente. Si bien algunos estudios han exhibido una reducción de síntomas de TDAH y TAS tras el tratamiento con estos fármacos, otros han documentado mejorías solamente en la sintomatología del TDAH, o bien no han registrado mejorías en absoluto^{4,5}. Desafortunadamente, la comorbilidad entre TDAH y TAS está asociada a un pronóstico desalentador con respecto al tratamiento del segundo trastorno; por eso, vale la pena considerar priorizar el tratamiento del TDAH en primer lugar. Sin embargo, el TAS como comorbilidad también se asocia con un mal pronóstico del tratamiento de TDAH, y suele recomendarse que la terapéutica del abuso de sustancias psicoactivas anteceda el abordaje del TDAH. Quizás sea necesario individualizar las intervenciones psicosociales para tratar el TAS, a fin de dar cuenta de los síntomas de TDAH de un paciente determinado, los cuales pueden interferir con su capacidad de comprometerse con el tratamiento, aumentando las posibilidades de incumplimiento.

Siempre es recomendable la psicoterapia en pacientes con TDAH y TAS concurrentes. Asimismo, conviene considerar los fármacos no estimulantes (p. ej., atomoxetina) o los estimulantes de liberación prolongada cuando ambos trastornos cursan en forma concomitante, ya que estas drogas son menos proclives al abuso y al consumo recreativo, y pueden ser más adecuadas en pacientes que corren un mayor riesgo de caer en estas conductas. Aunque los

medicamentos no estimulantes son menos eficaces que los estimulantes a la hora de tratar los síntomas de TDAH, son quizás un buen punto medio entre la ausencia total de medicación y los estimulantes.

El uso indebido es siempre una posibilidad al tratarse de medicamentos psicoactivos, por lo cual debe mantenerse un estricto registro de todas las recetas emitidas. El profesional deberá explorar qué está sucediendo con su paciente si este solicita aumentos a repetición de sus dosis o pide que le repongan la medicación antes de lo esperado. Para quienes tienen antecedentes de abuso de sustancias, lo ideal es que las decisiones farmacológicas se tomen en colaboración con el paciente, sus familiares y su pareja; además, es fundamental enfatizar la importancia de tomar la medicación tal como está indicada. Para los adolescentes que corren un alto riesgo de consumir sus medicamentos inadecuadamente o con fines recreativos, se puede instar a los padres a que controlen su consumo guardando la medicación en gabinetes con llave.

Conclusión

El TDAH está asociado a un mayor riesgo de aparición de consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. No hay evidencia de que el tratamiento del TDAH con estimulantes incremente el riesgo de desarrollar TAS más adelante. Sin embargo, estos fármacos son proclives al uso indebido y al consumo con fines recreativos. Además de una evaluación exhaustiva, evolutivamente sensible y construida a partir de los aportes de múltiples entrevistados, vale la pena considerar el posible perfil abusivo del tratamiento farmacológico del TDAH. Las terapéuticas no farmacológicas y las drogas sin efecto estimulante pueden ser apropiadas para el tratamiento de TDAH en pacientes con riesgo de TAS, o para aquellos que tienen un diagnóstico actual de la última afección. Asimismo, para los individuos con TDAH y TAS concomitantes, se recomienda la intervención psicosocial como complemento de cualquier terapéutica farmacológica.

Las autoras manifiestan que no tienen conflictos de interés con respecto a la temática aquí tratada.

Referencias

1. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163:716-723.
2. Hechtman L, Swanson JM, Sibley MH, et al. Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55:945-952.
3. Humphreys KL, Eng T, Lee SS. Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2013;70:740-749.
4. Kalbag AS, Levin FR. Adult ADHD and substance abuse: diagnostic and treatment issues. *Subst Use Misuse*. 2005;40:1955-1981.
5. Riggs PD, Winhusen T, Davies RD, et al. Randomized controlled trial of osmotic-release methylphenidate with cognitive-behavioral therapy in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:903-914.
6. Lee SS, Humphreys KL, Flory K, et al. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:328-341



Encontrá todos los artículos del **Psychiatric Times** en: <http://www.ojoclinico.net/psychiatric-times/>

